Scuola Nazionale Ospedaliera di Chirurgia

Corso di Alta Formazione in Chirurgia Ambulatoriale e Day Hospital Edizione 2024

DOMANDA di AMMISSIONE

Io sottoscritto/a _____ CF _____

indirizzo e-mail _____ n. cell. _____

chiedo di essere ammesso a frequentare il Corso in epigrafe nell'ambito della Scuola Nazionale Ospedaliera di Chirurgia della ACOI.

Dichiaro di aver letto, compreso e accettato integralmente il Programma del Corso e le norme in esso contenute. In particolare:

- dichiaro di rientrare nella seguente categoria professionale:
  ☑ Infermiere ☐ Medico Chirurgo, disciplina: ☐ Chirurgia Generale
  ☐ Anestesia e Rianimazione
  ☐ Direzione Sanitaria
- mi rendo disponibile ad esibire tutte le certificazioni professionali che alcuni dei Centri presso i quali effettuerò i tirocini pratici potrebbero richiedermi, e sono consapevole che in difetto non potrò frequentare tali Centri
- in ogni caso garantisco in proprio di manlevare ACOI e le strutture cliniche presso le quali effettuerò i tirocini pratici da ogni responsabilità ed onere derivanti dallo svolgimento delle attività formative a me dedicate
- prendo atto che, in caso di accettazione di questa mia domanda, l'iscrizione al Corso sarà perfezionata solo con il pagamento della quota di partecipazione, pari ad € 1.200,00
- prendo atto che la quota di partecipazione non copre spese di viaggio, di soggiorno o assicurative, ma garantisce esclusivamente la frequenza al programma didattico del Corso
- prendo atto che, in caso la quota di partecipazione sia pagata da un soggetto terzo, dovrò produrre alla Segreteria Organizzativa idonea documentazione per consentire la transazione e la fatturazione (impegno di spesa, ordine di acquisto o PO o analogo documento)
- prendo atto che l'erogazione dei crediti ECM è garantita solo con il superamento dei requisiti richiesti e strettamente osservati dalla normativa vigente, e riportati sul programma del Corso
- prendo atto che i miei dati saranno raccolti, trattati e trasmessi unicamente per la ammissione ed eventualmente lo svolgimento del Corso.

_____,_____ Firma

Riempire i campi, stampare e firmare il modulo, scannerizzarlo e inviarlo a ***ambulatoriale@comsurgery.it***